

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 123

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE ÉLARGIE

POUR CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 29 Juin 1923

PAR

Jean-Prosper-Hippolyte DELLON

Né à **TARBES** (Hautes-Pyrénées), le 14 mai 1892.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur.....	<i>Président.</i>
		CHAVANNAZ, professeur....	} <i>Juges.</i>
		DUVERGEY, agrégé.....	
		PAPIN, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17.

1923

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 123.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE ÉLARGIE

POUR CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 29 Juin 1923

PAR

Jean-Prosper-Hippolyte DELLON

Né à **TARBES** (Hautes-Pyrénées), le 14 mai 1892.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur.....	<i>Président.</i>
		CHAVANNAZ, professeur	
		DUVERGÉY, agrégé.....	<i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

MM.	MM.
Clinique médicale..... ARNOZAN.	Zoologie et parasitologie..... MANDOUL.
id..... CASSAËT.	Médecine expérimentale..... FERRÉ.
Clinique chirurgicale..... CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique..... LAGRANGE.
id..... VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..... DENUCÉ.
Pathologie et thérapeutique générales..... CRUCHET.	Clinique gynécologique..... BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements..... RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants..... MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique..... SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale..... DENIGÈS.
Anatomie..... PICQUÉ.	Physique pharmaceutique..... SIGALAS.
Anatomie générale et histologie..... G. DUBREUIL.	Médec coloniale et clinique des maladies exotiques..... LE DANTEC.
Physiologie..... PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..... W. DUBREUIL.
Hygiène..... AUGHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires..... POUSSON.
Médecine légale et déontologie..... VERGER.	Clinique des maladies nerveuses et mentales..... ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale..... BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie..... MOURE.
Chimie..... CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée..... BARTHÉ.
Botanique et matière médicale..... BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..... SELJER.
Pharmacie..... DUPOUY.	

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — GUYOT (Pathologie externe). — LABAT (Pharmacie).
CARLES (Thérapeutique et pharmacologie). — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie et embryologie..... N., N.	Médecine générale..... CREYX.
Histologie..... LACOSTE (chargé).	id..... MICHELEAU.
Physiologie..... DELAUNAY.	Maladies mentales..... PERRENS.
Anatomie pathologique..... MURATET.	Médecine légale..... LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles..... R. SIGALAS (chargé).	Chirurgie générale..... ROCHER.
id..... N.	id..... DUVERGEY.
Physique biologique et médicale..... RECHOU.	id..... PAPIN.
Chimie biologique et médicale..... N.	Obstétrique..... PERY.
Médecine générale..... MAURIAC.	id..... FAUGÈRE.
id..... LEURET.	Ophtalmologie..... TEULIÈRES.
id..... DUPÉRIÉ.	Pharmacie..... N.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Clinique dentaire..... CAVALIÉ.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques..... LABAT.
Médecine opératoire..... VENOT.	Chimie..... RANGIER.
Accouchements..... FAUGÈRE.	Pathologie interne..... CREYX.
Ophtalmologie..... CABANNES.	Pathologie externe..... PAPIN.
Puériculture..... ANDÉRODIAS.	

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MA SOEUR

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MON COUSIN

LE LIEUTENANT A. DELLON

TOMBÉ AU CHAMP D'HONNEUR LE 25 SEPTEMBRE 1916

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A LA MÉMOIRE DE MON MAITRE

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VENOT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉGOUIN

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de ma respectueuse reconnaissance pour le
très grand honneur qu'il me fait en accep-
tant la présidence de ma thèse et pour la
bienveillance qu'il m'a toujours témoignée.

AVANT-PROPOS

Sur le point de terminer nos études, nous tenons à exprimer notre gratitude à tous nos maîtres qui nous ont fait profiter, à la Faculté et dans les hôpitaux, de leur science et de leur expérience.

Nous avons fait notre premier stage hospitalier dans le service de M. le professeur agrégé Venot, qui n'avait cessé, depuis, de nous témoigner sa bienveillante sympathie. Nous nous faisons un pieux devoir de redire ici le souvenir fidèle que nous garderons toujours de son accueil si cordial et nous sommes particulièrement ému de ne pouvoir lui offrir, en reconnaissance de sa bonté envers nous, ce modeste travail, cette thèse, dont il nous avait inspiré le sujet et qu'il n'aura pu voir terminée.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE ÉLARGIE

POUR CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

INTRODUCTION

Malgré les résultats intéressants obtenus par la curiethérapie et la radiothérapie profonde, l'exérèse chirurgicale est encore, à l'heure actuelle, le traitement du cancer utérin le plus fréquemment mis en œuvre toutes les fois qu'un envahissement trop étendu des organes voisins n'en contre-indique pas l'emploi.

Cancers du corps ou cancers du col — ce sont ces derniers, de beaucoup les plus fréquents, que nous aurons en vue dans cette étude — peuvent être enlevés par deux voies principales : voie haute (abdominale) et voie basse (voie vaginale simple ou élargie, voie périnéale).

De ces deux méthodes, l'hystérectomie vaginale a longtemps prévalu ; ses partisans reprochaient à l'autre méthode sa gravité

plus grande et le peu de supériorité de ses résultats. Plus récemment, grâce aux progrès de la laparotomie et dans le but d'obtenir des guérisons plus durables, il s'est fait un retour à l'hystérectomie par la voie abdominale.

Mais cependant il semble que l'hystérectomie par voie basse, heureusement modifiée à plusieurs reprises, d'abord par Schuchardt et Schauta, beaucoup plus récemment par MM. Cunéo et Picot, puisse être employée avec avantages dans certains cas bien déterminés.

Nous voulons ici, après un succinct exposé historique de la question (chap. I), montrer les avantages propres de l'exérèse abdominale élargie et de l'exérèse vagino-périnéale ou périnéale élargie, et déduire de ce parallèle les indications d'emploi de cette dernière méthode (chap. II). Nous exposerons ensuite rapidement les grandes lignes de l'opération de Schuchardt-Schauta (chap. III), puis, avec plus de détails, la technique de MM. Cunéo et Picot (chap. IV). Enfin, nous présenterons quelques observations, recueillies à Bordeaux, de malades ainsi traités.

Mais nous voulons, avant d'aller plus loin, remercier d'une façon toute particulière tous ceux qui nous ont aidé de leurs conseils pour cette thèse : M. le professeur Bégouin, qui nous fait l'honneur d'en accepter la présidence et qui nous a donné des indications si précises et si utiles, recueillies auprès des élèves mêmes de Schauta, lors d'un voyage d'études à Vienne pendant l'été 1922; M. le professeur agrégé Duvergey; MM. Lefèvre, Charrier et Charbonnel, qui ont eu l'extrême obligeance de nous communiquer leurs observations; et M. le Dr Lafargue, qui nous a si aimablement accueilli.

CHAPITRE PREMIER

Historique de l'évolution du traitement chirurgical du cancer du col de l'utérus.

C'est en 1822, il y a un siècle par conséquent, que Sauter (de Constance) pratiqua, pour la première fois, l'extirpation de l'utérus cancéreux. Il employa la voie vaginale, mais l'opération qu'il exécuta n'avait rien d'une intervention méthodique et réglée.

Récamier fut le véritable créateur de l'hystérectomie vaginale. Il la fit le premier en France, à l'Hôtel-Dieu de Paris, le 23 juillet 1829, chez une femme atteinte de cancer du col, et il l'exécuta le premier suivant une technique réglée. L'opérée guérit et survécut un an; mais les quelques chirurgiens qui voulurent l'imiter (Roux, Dubled, Delpech) furent moins heureux et l'opération fut délaissée jusqu'en 1878 où elle sera reprise par Czerny, avec des perfectionnements de technique, après les premiers essais malheureux de la voie haute.

En effet, la première hystérectomie abdominale pour cancer de l'utérus fut tentée par Freund le 30 janvier 1878. La malade guérit et était encore en bonne santé en 1904, soit vingt-six ans après l'intervention. Cette opération fut suivie d'une série d'autres. Mais la mortalité opératoire fut telle (70 p. 100) qu'on abandonna rapidement cette méthode pour revenir à l'hystérectomie vaginale. Introduite en France par Demons (de Bordeaux) en 1882, elle fut pratiquée par de nombreux chirurgiens : Péan, Tillaux, Trélat, etc...

Les résultats immédiats de l'opération par cette voie furent incontestablement meilleurs, mais les résultats éloignés restaient des plus médiocres.

Aussi, dès que le perfectionnement de la technique de l'opération abdominale eut amené une forte diminution de la mortalité opératoire, on revint à la voie haute dans le but d'obtenir des guérisons plus durables. Et, pour arriver à ce résultat, on fit, par l'abdomen, l'« ablation large du cancer ».

A cette technique nouvelle de l'opération abdominale se rattachent les noms de Mackenrodt, de Riess, de Rumpf, qui, dès 1895, exécuta « tout à fait à la moderne » une hystérectomie abdominale pour cancer, de Clark, de Werder, de Wertheim surtout. L'œuvre de ce dernier marque une étape décisive; elle est la contribution technique la mieux réglée et la plus efficace qui ait été apportée dans l'histoire du traitement chirurgical du cancer utérin. Dès 1898, elle fait de la *dissection systématique des uretères* et de l'*excision méthodique du tissu cellulaire des paramètres* la base et la garantie de cette opération; débarrassée des exagérations et des excès de zèle opératoire de quelques auteurs qui avaient cru la perfectionner en l'aggravant par des ablations ganglionnaires démesurées, elle devient incontestablement la *méthode de choix*; et la probité sévère du contrôle de ses résultats par son auteur, comme aussi les succès obtenus par tous les chirurgiens qui l'emploient, affirment et motivent cette prééminence définitive.

Il ne faut pas croire pour cela que l'hystérectomie par voie basse fut complètement délaissée. Encore en 1913, au Congrès international de médecine qui s'est tenu à Londres, M. de Ott (de Saint-Petersbourg) prétendit que les résultats obtenus par la voie abdominale ne justifiaient nullement le risque du danger immédiat et que d'ailleurs, pour lui, les résultats obtenus par la voie vaginale n'étaient nullement inférieurs à ceux obtenus par voie haute.

Des statistiques nombreuses et concordantes se sont élevées contre pareilles assertions. Si le chiffre de mortalité opératoire est bien en faveur de la voie basse (2 à 14 p. 100 pour celle-ci

au lieu de 5 à 20 p. 100 pour le Wertheim), il n'en est pas de même au point de vue opérabilité ni surtout des résultats éloignés. Alors que l'opérabilité ne dépasse pas 40 p. 100 dans la statistique la plus favorable (Reinecke) pour la voie vaginale, elle atteint couramment 60 à 80 p. 100 par la voie abdominale. Quant aux résultats éloignés, même différence, ou plus accusée encore. Si le chiffre de 3 p. 100 de guérisons durables donné par Belloëuf (thèse Paris, 1900) est peut-être un peu faible, et celui de 33 p. 100 donné par Reinecke, par la voie vaginale, un peu fort, il n'en est pas moins vrai qu'on est loin du chiffre de 60 p. 100 atteint par Wertheim pour la voie haute.

Un effort intéressant a été accompli par Schuchardt en 1893, puis par Schauta, pour appliquer à l'hystérectomie par voie basse les mêmes principes de large exérèse dont a bénéficié l'opération abdominale. L'intervention ainsi pratiquée, tout en conservant sa faible mortalité opératoire, a donné entre les mains de Schauta de bien meilleurs résultats éloignés. Le chiffre des guérisons durables montait à 38 p. 100, pendant que celui de l'opérabilité atteignait 50 p. 100 (statistique de 1909). Et même plus récemment ses élèves, en limitant l'intervention par cette voie aux cancers très localisés, laissant une parfaite mobilité utérine, ont atteint des résultats meilleurs encore.

Si ces résultats ne sont pas encore comparables, dans l'ensemble, à ceux obtenus par l'hystérectomie abdominale élargie, ils sont cependant plus satisfaisants que ceux de la voie vaginale simple, et on conçoit qu'il y ait des cas où, étant donnée sa faible mortalité opératoire, on puisse envisager comme préférable l'emploi de la voie basse ainsi améliorée.

Ce sera le mérite de MM. Cunéo et Picot d'avoir récemment (1921) précisé ces indications opératoires, en même temps qu'ils modifiaient très heureusement la technique de l'intervention pour employer la voie périnéale proprement dite, plus élégante, plus « anatomique », que la voie vagino-périnéale employée par Schauta.

CHAPITRE II.

Valeur comparée des deux voies d'accès pour l'extirpation radicale d'un cancer du col utérin. Les indications de la voie vaginale élargie ou périnéale.

Un fait est désormais hors de débat : *toute intervention qui poursuit l'objectif nécessaire d'une guérison radicale du cancer utérin doit enlever, avec tout l'utérus, la plus grande partie des paramètres*, grâce à la dissection préalable des uretères, et *réséquer la zone supérieure du vagin.*

Ce principe essentiel est basé sur deux points dont les preuves anatomo-pathologiques sont incontestables :

1° *Le paramètre est infiltré avec une grande fréquence.* Kundrat, dans le service de Wertheim, fixe à 55 p. 100 le pourcentage de ces propagations au paramètre ; dans le service de Krönig, Pankow l'estime à 68 p. 100 ; et Brunet, dans 72 p. 100 des cas où le paramètre paraissait cliniquement et macroscopiquement indemne, a trouvé des infiltrations cancéreuses microscopiques ;

2° Les examens histologiques de Brunet, d'Assereto, de Scheib ont établi que, *même en l'absence de toute lésion macroscopique de la muqueuse vaginale, la sous-muqueuse peut être envahie par des cellules cancéreuses parties du col.*

Donc, la formule technique moderne, dont l'excellence est démontrée par les résultats, c'est l'*hystérectomie élargie* excisant largement le paramètre et le dôme vaginal.

Il est bien évident qu'il est impossible d'arriver à un tel résultat par la voie *vaginale simple*. Celle-ci présente, en outre, de graves inconvénients, tant au point de vue de l'asepsie opératoire que de « l'asepsie cellulaire », c'est-à-dire des risques de dissémination néoplasique au cours de l'opération.

Par la voie *vagino-périnéale*, au contraire, on peut faire une dissection de bas en haut permettant d'enlever en bloc l'utérus, le col et la portion supérieure du vagin avec, intacts, les culs-de-sac vaginaux si souvent envahis; cette technique donne également du jour sur la base des ligaments larges; mais il est *incontestable* qu'elle ne permet pas d'avoir sur le paramètre la même netteté de vue, ni la même possibilité d'excision large que l'*opération abdominale*. La mise à découvert plus complète et la plus grande accessibilité du champ opératoire permettent, au cours de celle-ci, une exérèse beaucoup plus radicale du tissu environnant. C'est ce qui explique, fait capital, les meilleurs résultats éloignés de l'hystérectomie abdominale.

Enfin, celle-ci permet encore, chose impossible si on emploie la voie basse, d'enlever, lorsqu'ils se présentent, les ganglions. Il faut ajouter, cependant, que cette extirpation des ganglions est moins importante que celle du paramètre. De nombreuses recherches, confirmées d'ailleurs par la rareté des récidives au niveau des ganglions, ont montré que les métastases ganglionnaires sont tardives. D'après Wertheim, Jacobs, elles n'existeraient que dans un tiers des cas de cancer du col non encore infiltré au paramètre. Même la propagation au paramètre n'impliquerait pas absolument l'infection néoplasique des ganglions; Wertheim, sur 22 observations où le paramètre était envahi, n'a constaté dans aucun cas du retentissement ganglionnaire. Ainsi donc, l'ablation des ganglions dans le cancer du col n'a qu'une importance assez secondaire et ne constitue qu'un avantage minime de la voie haute.

Voyons maintenant les avantages de la voie basse :

Le principal, c'est la *bénignité* de l'opération si on la compare à l'hystérectomie abdominale élargie. Toutes les statistiques en font foi et cela n'a rien qui puisse surprendre.

Au cours de la laparotomie abdominale, le péritoine et l'intestin sont exposés au refroidissement et au dessèchement et sont irrités, bien plus que dans l'opération vaginale, par les mains de l'opérateur et les instruments. Toutes ces circonstances expliquent la gravité particulière du shock et la paresse intestinale qui suivent fréquemment l'intervention par voie haute.

Pour les mêmes raisons, le champ opératoire fournit un terrain tout préparé à l'infection, bien difficile à éviter dans le cas de cancer ulcéré. Et c'est cette infection, origine d'une cellulite pelvienne hypervirulente, qui est le facteur le plus important de mortalité dans l'hystérectomie abdominale élargie.

A ce point de vue là encore, on conçoit l'importance du bon drainage ultérieur assuré par la voie basse.

De plus, chose très importante au point de vue bénignité opératoire, l'hystérectomie vagino-périnéale se pratique sous anesthésie rachidienne moins dangereuse, surtout chez les malades présentant une tare organique, que l'anesthésie générale, et provoquant, mieux que celle-ci, un silence abdominal complet.

Quand nous aurons ajouté que l'hystérectomie périnéale ne nécessite pas d'inclinaison opératoire notable, et que la position inclinée a, comme on sait, une fâcheuse influence sur le myocarde, nous aurons montré toutes les raisons qui rendent l'hystérectomie périnéale moins meurtrière que l'hystérectomie abdominale élargie.

La voie périnéale présente chez les femmes grasses un second avantage très important au point de vue indication opératoire. Chez ces femmes plus ou moins obèses, dont la paroi abdominale est surchargée d'un pannicule adipeux exubérant et dont le contenu abdominal participe à cette surcharge graisseuse, le chirurgien ne manœuvre qu'avec difficulté au fond d'une cavité pelvienne profonde, mal dégagée, envahie elle-même par la graisse sous-péritonéale. La voie haute a donc perdu ici sa qualité maîtresse : la clarté. L'opération abdominale est très difficile ou tout à fait impossible. Or,

chez ces femmes dont le ventre est envahi par le tissu adipeux, « le périnée garde souvent une constitution peu différente de l'état normal. La couche adipeuse sous-cutanée est relativement peu épaisse, et lorsqu'on pénètre dans la profondeur, la surcharge graisseuse fait presque totalement défaut. Elle n'est, en tout cas, jamais assez marquée pour constituer une gêne sérieuse pour l'acte chirurgical. Alors que chez ces sujets l'hystérectomie abdominale est une opération difficile et, dans une certaine mesure, aveugle — nous ajouterons : quelquefois impossible — l'hystérectomie périnéale s'exécute avec autant de facilité que chez une femme d'embonpoint moyen » (Cunéo et Picot).

« L'extension du néoplasme du côté du vagin est aussi un facteur avec lequel il faut compter. Il est difficile, par l'abdomen, d'enlever plus du tiers supérieur du conduit vaginal, et si les lésions sont plus étendues, on risque de sectionner le canal en plein néoplasme. » On peut, il est vrai, remédier à cet état de chose en faisant précéder le temps abdominal d'un premier temps vaginal. Mais dans ces cas la voie périnéale permet d'enlever en vase clos autant de vagin que le nécessite l'étendue du néoplasme, sans compliquer en rien l'opération, sans même en allonger la durée.

On peut encore indiquer, comme avantages de moindre importance, que l'hystérectomie périnéale, qui ne laisse pas de cicatrice apparente, qui semble extra-abdominale, peut, dans certains cas, être mieux acceptée que l'ouverture du ventre par la paroi, et que, enfin, avec elle, il n'y a pas d'éventration à craindre.

* * *

Des avantages respectifs de ces deux méthodes, il n'est pas difficile de déduire les *indications opératoires* de chacune d'elles.

L'*hystérectomie abdominale élargie*, donnant plus de netteté de vue sur le paramètre, permettant une exérèse plus large de celui-ci avec minimum de danger pour les organes à respecter — vessie, uretères, rectum — permettant aussi l'ablation des

ganglions, et donnant, dans l'ensemble, pour tous ces motifs, les meilleurs résultats éloignés, doit rester la méthode habituelle, *la méthode de choix*.

Mais il y a des cas où elle ne peut être employée, soit par suite d'un état général mauvais, précaire ou d'une tare organique, soit par suite d'un état local particulier (embonpoint exagéré surtout).

Certains chirurgiens ont recours alors au radium; d'autres préfèrent, dans les cas opérables, pratiquer encore une intervention chirurgicale. Et c'est précisément à l'*hystérectomie vaginale élargie* qu'on devra alors s'adresser.

Nous avons vu que celle-ci est plus bénigne. Elle est donc bien indiquée chez les *malades peu résistantes*, en médiocre état général, anémiées par des hémorragies ou infectées par un cancer ulcéré, chez les cardiaques, les emphysémateuses, les diabétiques, les albuminuriques, enfin chez les femmes âgées, scléreuses, pour lesquelles on craint la fâcheuse influence du plan incliné sur le myocarde.

L'hystérectomie périnéale devra aussi se substituer avec avantage à l'opération par l'abdomen dans les cas où celle-ci semble perdre ses qualités habituelles de clarté, chez les *femmes grasses* en particulier. Et c'est ici l'indication dominante, car, outre les difficultés opératoires qu'elles présentent et qui peuvent rendre tout à fait impossible l'opération par voie haute, ces malades supportent mal l'anesthésie en position élevée du bassin, elles respirent mal, se cyanosent et poussent pendant l'intervention, ce qui augmente encore les difficultés de l'opération par la voie abdominale. Chez elles, encore, l'éventration consécutive à une laparotomie sus-pubienne est à redouter.

Ainsi donc, *malades peu résistantes* et surtout *femmes obèses*, voilà les cas où l'hystérectomie vaginale élargie est particulièrement indiquée.

Certains chirurgiens, en particulier, les élèves de Schauta, l'emploient également avec de bons résultats, dans tous les cas de cancer au début, avec mobilité utérine parfaite et culs-de sac non envahis.

*
* *

Comme *contre-indications*, on trouve, pour l'hystérectomie vaginale élargie, d'abord les mêmes contre-indications que pour toute hystérectomie.

1° L'intervention est formellement contre-indiquée quand le cancer est généralisé, quand il a envahi le péritoine, quand il se complique de lésions graves du foie et du cœur. Il en est de même dans les cas d'affection des reins, car la nécessité dans laquelle on se trouve souvent de disséquer l'uretère et, après l'opération, de sonder fréquemment la malade ou même de laisser une sonde à demeure, peut être l'origine de complications rénales graves, rapidement mortelles.

2° On peut aussi se trouver en présence d'une impossibilité technique due à l'envahissement, par le néoplasme, du paramètre ou des organes voisins, de la vessie surtout.

Cette impossibilité peut, dans certains cas, apparaître seulement au cours des manœuvres opératoires. Il faudra alors abandonner l'opération. Et les partisans de la voie basse font remarquer que, avec elle, le pronostic de cette tentative interrompue est bien moins fâcheux que lors d'une intervention par voie haute. Le chirurgien acquiert, en effet, la certitude que l'extirpation radicale est impossible dès les premiers temps de l'hystérectomie par voie basse, avant d'avoir fait des délabrements importants. Il n'en est pas de même quand on aborde un cancer utérin par voie abdominale. Il faut alors terminer « coûte que coûte » ces interventions comportant un pronostic opératoire trop souvent fatal, et si la malade survit, on assistera à la formation de complications très pénibles : fistules stercorales, urinaires...

En 1908, dans son livre : *Extirpation totale élargie de l'utérus pour cancer du col*, Schauta indique comme justiciable de l'opération tout cancer utérin, même s'il s'étend jusqu'à la paroi pelvienne, à condition de se montrer tant soit peu mobilisable pendant le sommeil chloroformique. Schuchardt exprime une opinion analogue.

Mais devant les résultats, il a fallu modifier cette manière de voir, et, à l'heure actuelle, les élèves de Schauta considèrent comme contre-indication absolue de l'hystérectomie vaginale élargie toute extension, même légère, du néoplasme ; la mobilité utérine doit être parfaite et les culs-de-sac indemnes.

L'hystérectomie périnéale comporte encore d'autres contre-indications qui lui sont particulières. On ne devra pas l'employer si l'histoire de la malade ou son examen clinique font penser qu'on va se trouver en présence d'adhérences nombreuses, de grosses lésions annexielles ou d'un utérus manifestement trop volumineux pour passer par la voie basse.

CHAPITRE III

Opération de Schuchardt-Schauta.

Nous avons dit plus haut que Schuchardt, puis Schauta avaient essayé d'appliquer à l'hystérectomie par voie basse les mêmes principes de large exérèse dont a bénéficié l'opération abdominale.

La technique de Schuchardt-Schauta donne, en effet, la possibilité d'extirper, en sac clos et avec tout le paramètre, un utérus cancéreux. Ce résultat est atteint grâce à une incision qui, divisant tous les tissus latéraux-vaginaux depuis la peau jusque et y compris le releveur anal, expose largement le tissu conjonctif péricervico-vaginal, ou paramètre dont elle rend l'exérèse relativement aisée.

Cette incision fut baptisée « paravaginale » ou « pararectale » par Schuchardt en 1893. Mais, en réalité, il y a longtemps que l'on pratiquait des incisions vaginales de débridement. Et, d'autre part, un an avant Schuchardt, Chaput, en France, a décrit, au Congrès français de chirurgie de 1892, un procédé opératoire analogue à celui du chirurgien allemand et il le recommandait également dans l'hystérectomie vaginale pour cancer du col.

Le mérite de Schuchardt fut d'avoir érigé en méthode un procédé d'exception, d'en avoir montré tous les avantages, de l'avoir étudié au point de vue anatomique.

Schauta y adjoint la fermeture du vagin, après dissection d'une collerette circulaire, ce qui lui permet d'enlever le cancer

en vase clos, et il modifie légèrement l'incision primitive de Schuchardt.

Cette incision de Schauta débute au niveau de la lèvre inférieure de l'incision circulaire vaginale — qui constitue le premier temps de l'opération — à l'union du quadrant postérieur et du quadrant latéral gauche, et de là se dirige obliquement vers la vulve qu'elle sectionne également à l'union de ses parties postérieure et latérale gauches. Puis elle change de direction, se prolongeant directement en arrière, latéralisée, mais parallèle à l'axe du périnée, pour se terminer en dehors de l'anus. Elle commence donc derrière le bulbe dont la lésion provoquerait une hémorragie inutile et passe en dehors du sphincter externe de l'anus dont l'intégrité est capitale pour les fonctions du rectum. L'incision intéresse toute l'épaisseur des parties molles du périnée. En allant de la superficie vers le releveur, elle traverse les téguments, ensuite, en avant, toute l'épaisseur de la partie postérieure du périnée antérieur (aponévrose périnéale superficielle, muscle transverse superficiel, aponévrose moyenne, enfin releveur); en arrière, le tissu graisseux de la fosse ischio-rectale et releveur.

Cette incision vagino-périnéale n'intéresse aucun organe essentiel; elle rend relativement aisé l'accès de la base du ligament large ou paramètre.

* * *

Les principaux temps de l'opération vaginale « élargie » de Schuchardt-Schauta sont les suivants :

1° *Incision circulaire du vagin*, à une distance suffisante de la partie inférieure du néoplasme, *dissection d'une collerette sus-jacente et fermeture du vagin*; 2° *incision vagino-périnéale de débridement*, le rectum est soigneusement isolé et recliné à droite; 3° *dédoublement de la cloison vésico-vaginale, décollement de la vessie et dissection des uretères*; 4° *libération des bords latéraux du vagin et dissection de la base du paramètre*; 5° *ouverture du péritoine, ablation de l'utérus et du vagin*,

hémostase ; 6° fermeture de la brèche péritonéale, reconstitution de l'anneau vulvaire, suture de la colpo-périnéotomie.

Ces divers temps peuvent être légèrement modifiés dans leur succession et dans leur mode.

Ainsi Schuchardt pratiquait l'incision paravaginale avant le décollement de la vessie. Schauta et ses élèves, au contraire, font remarquer que cette pratique présente un grave inconvénient. En effet, dans les cas assez nombreux où l'impossibilité de la cure radicale n'apparaît qu'au dédoublement de la cloison vésico-vaginale, on aura, en imitant Schuchardt, créé sans nécessité une vaste plaie périnéo-pelvienne susceptible de s'infecter et de devenir l'origine d'une ulcération végétante néoplasique. Aussi font-ils la colpo-périnéotomie après avoir exécuté le décollement vésico-vaginal.

Nous avons dit aussi que l'incision vagino-périnéale se fait d'habitude à gauche. Mais si la dissection du paramètre semble devoir être plus difficile à droite, par suite d'une plus grande infiltration de ce côté ou pour toute autre raison, c'est à droite que devra porter la colpo-périnéotomie. On pourra même, si cela est nécessaire, pratiquer une incision bilatérale à la manière de Staude.

CHAPITRE IV

L'hystérectomie périnéale. Technique de MM. Cunéo et Picot.

Dans le numéro de mars 1921 du *Journal de chirurgie*, MM. Cunéo et Picot publient une description complète de l'hystérectomie périnéale telle qu'ils conseillent de la pratiquer. L'opération, qu'ils préconisent, diffère par bien des points de l'hystérectomie vagino-périnéale de Schuchardt-Schauta que nous venons de rappeler.

MM. Cunéo et Picot vont employer uniquement la voie périnéale. Leur incision est transversale, symétrique, étendue d'un ischion à l'autre, passant entre la fourchette vulvaire et l'anus. Elle va donner, par conséquent, un large jour sur la base des paramètres et également des deux côtés. Profitant de l'espace recto-vaginal, facilement décollable après avoir sectionné transversalement le raphé ano-vulvaire et le petit muscle recto-vaginal, ils vont pouvoir aborder et sectionner le vagin à la hauteur voulue, l'isoler et dégager la base du paramètre sans sectionner ni aponévrose périnéale, ni muscle transverse, ni releveur de l'anus, en un mot, *sans bouleverser en quoi que ce soit l'architecture du périnée*. Ils font ainsi une opération tout à fait « anatomique », élégante et très éclairante.

Voici maintenant le résumé de la technique de MM. Cunéo et Picot, que nous empruntons, pour une grande part, à MM. R. Proust et J. Charrier, dans leur *Précis de technique opératoire de l'appareil génital de la femme*.

*
* *

MM. Cunéo et Picot conseillent, puisqu'il s'agit de femmes obèses ou peu résistantes, d'employer l'anesthésie rachidienne.

La malade sera placée en *position périnéale inversée*, comme dans l'ablation du rectum par voie périnéale : position de taille périnéale avec coussin sous le sacrum.

Table légèrement inclinée vers la tête et élevée de façon à permettre d'opérer debout.

*
* *

1^{er} TEMPS : *Incision cutanée et décollement recto-vaginal*. — L'incision périnéale est transversalement étendue d'un ischion à l'autre ; légèrement convexe en avant, elle passe sur la ligne médiane entre la vulve et l'anus, à 2 centimètres environ en arrière de la fourchette (Fig. 1).



Fig. 1. — Colpo-hystérectomie périnéale pour cancer ; tracé de l'incision cutanée (Figures empruntées à l'article de MM. Cunéo et Picot.)

On procède tout de suite au décollement recto-vaginal, passant entre les sphincters vulvaire et anal, sectionnant successivement le raphé ano-vulvaire (Fig. 2) et le muscle recto-vaginal, décol-

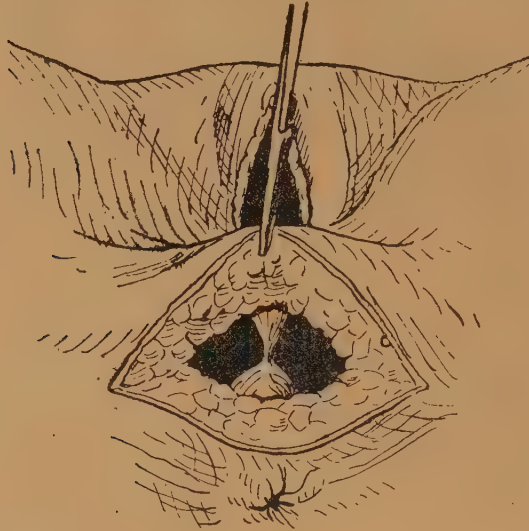


FIG. 2. — Décollement recto-vaginal. Le muscle recto-vaginal n'est pas encore sectionné.

lant ensuite facilement le vagin du rectum jusqu'au Douglas ; le décollement gagne à être poussé latéralement très loin.

Une valve écarte dès lors le rectum en arrière.

2^e TEMPS : *Section, puis fermeture du vagin.* — Utérus et vagin doivent être enlevés en bloc et fermés. On aura déjà apprécié le niveau où doit porter la section circulaire vaginale qui séparera le segment vaginal juxta-vulvaire qui restera du segment juxta-utérin à enlever. Pour pratiquer cette section circulaire, on procédera de la façon suivante (Fig. 3) :

a) Section verticale et médiane de la paroi postérieure du vagin, depuis l'incision périnéale jusqu'au siège de la section circulaire à faire ;

b) Section transversale des deux moitiés de la paroi postérieure ;

c) L'aide tendant méthodiquement les différents segments de la circonférence vaginale, l'opérateur les sectionnera successivement.



FIG. 3. — Section du vagin destinée à permettre la fermeture du segment supérieur.

La section terminée, on libère sur 2 centimètres environ la paroi vaginale au-dessus de la section, et l'on ferme le segment supérieur du vagin par quelques points de suture (Fig. 4).

Avec ce 2^e temps opératoire, la partie septique de l'opération est terminée, le cancer se trouve isolé et enfermé. Aussi, avant d'aller plus loin, doit-on changer de gants et d'instruments.

3^e TEMPS : *Dissection du vagin. Isolement des uretères. Ouverture du péritoine en avant du col.* — Exécuter successivement les opérations suivantes :

a) *Décollement vagino-vésical.* — Temps simple en général, délicat, au contraire, s'il existe des adhérences ; Cunéo et Picot conseillent dans ce cas, pour éviter la blessure de la vessie,

d'introduire l'index gauche dans celle-ci par l'uretère dilaté, ce qui n'a aucun inconvénient ultérieur ;

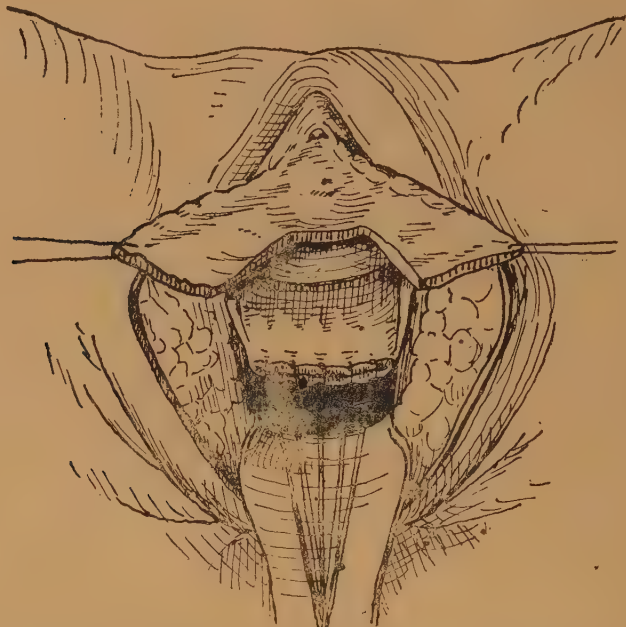


FIG. 4. — Fermeture du segment supérieur du vagin ; la portion inférieure qui subsistera est attirée en avant et ne gêne pas grâce à la section médiane postérieure.

b) *Décollement des faces latérales du vagin* et isolement de l'aileron cellulo-vasculaire de l'artère vaginale ;

c) *Décollement vésico-utérin* pour gagner le cul-de-sac péritonéal.

C'est au cours de ce temps que se fait la découverte des uretères.

« L'approche de l'uretère s'annonce par la forme ogivale que prend la vessie décollée. Les piliers de l'ogive, d'abord assez étroite, sont constitués par les uretères, dont la saillie se dirige en arrière et en rasant les bords latéraux du conduit utéro-vaginal. Il est inutile et dangereux de chercher à isoler l'uretère pour assurer sa reconnaissance. Il suffit d'élargir l'ogive en

refoulant en dehors les piliers uretéraux. » (Cunéo et Picot). Ehrenpreis, dans sa thèse, conseille, pour trouver l'uretère, de repérer l'artère utérine au niveau de l'isthme utérin et de suivre sa partie centrale aussi loin que possible de l'utérus. C'est en avant et au-dessus (Fig. 6) de cette partie la plus reculée du paquet utérin qu'on cherchera et trouvera l'uretère. Il est quelquefois nécessaire de lier en dedans de l'uretère le petit pédicule vésical venu de l'utérine;

d) *Ouverture du cul-de-sac péritonéal vésico-utérin.* — Une valve est alors placée dans le décollement antérieur, soulevant la vessie, écartant les uretères.

4^e TEMPS : *Ligature des pédicules artériels vaginaux et utérins.*

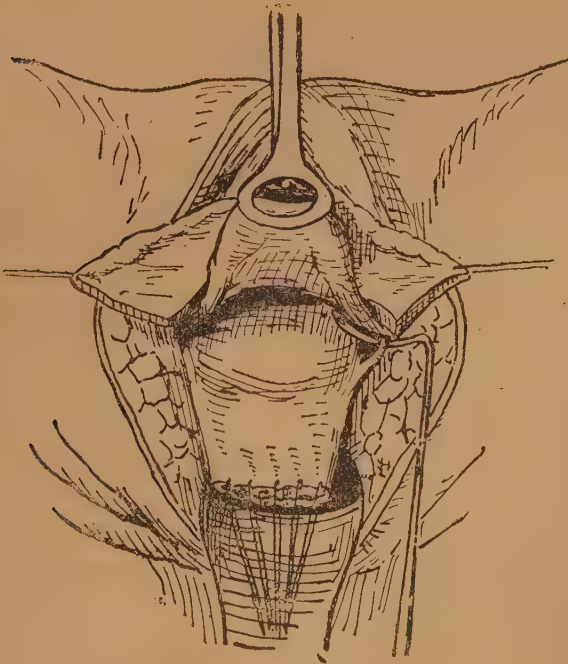


FIG. 5. — La vessie et les uretères sont repoussés en avant; l'artère vaginale gauche est liée puis coupée entre deux ligatures.

— Il faudra, pour faire ces ligatures, se rappeler que les rapports vasculaires du conduit utéro-vaginal dans la position

spéciale d'abaissement, employée ici, sont un peu différents des rapports normaux.

Trois pédicules principaux abordent le conduit vagino-utérin et dans l'ablation par voie périnéale on les rencontre et on les lie dans l'ordre suivant :

a) *Pédicule inférieur vaginal* (Fig. 5). — L'artère vaginale propre se détache, soit du tronc de bifurcation antérieur de l'hypogastrique, soit de l'origine d'une des branches, utérine ou hémorroïdale moyenne. Elle chemine normalement en arrière de l'uretère, mais au-dessous de lui, lorsque le conduit vaginal est attiré en bas. Elle se divise à 2 ou 3 centimètres en dehors du vagin, à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen, en un bouquet d'artérioles qui atteignent le conduit à des niveaux différents.

L'artère, avec ses branches scalariformes, isolée sous forme d'aileron sur la face latérale du vagin, doit être liée *très en dehors* pour assurer l'hémostase de toutes ses branches et permettre d'enlever le tissu cellulaire paravaginal, et, d'autre part, d'une *façon immédiate* pour éviter de prendre l'uretère qui est en dedans et en avant d'elle. Pour cela, tendre le vaisseau en tirant le vagin du côté opposé et sentir sa corde avant de passer l'aiguille de Deschamps; le fil étant passé, pousser le nœud en dehors au contact de la paroi pelvienne, serrer et couper en aval de la ligature.

La section des vaginales permet un abaissement notable du conduit utéro-vaginal et amène la région de l'utérine sous l'œil du chirurgien.

b) *Pédicule moyen utérin*. — Quand les viscères pelviens sont en position normale, l'artère utérine, d'abord postérieure à l'uretère dans sa portion verticale, pariétale, passe rapidement derrière lui (1^{er} croisement); puis, changeant de direction, elle devient horizontale en cheminant dans la base du ligament large. Dans cette portion intra-ligamentaire, l'artère passe devant l'uretère et décrit sa crosse. Ce deuxième croisement se fait à 15 millimètres du bord utérin, au niveau de l'isthme; il est très oblique, les deux organes restant en contact sur une

longueur de 10 à 25 millimètres. Mais, point important, l'artère et ses veines satellites, enveloppées de leur gaine, n'adhèrent pas à l'uretère. De sorte que, par suite du refoulement de l'uretère en haut et en dehors, d'une part, et, d'autre part, de l'abaissement du conduit vagino-utérin, les rapports sont entièrement modifiés (Fig. 6).

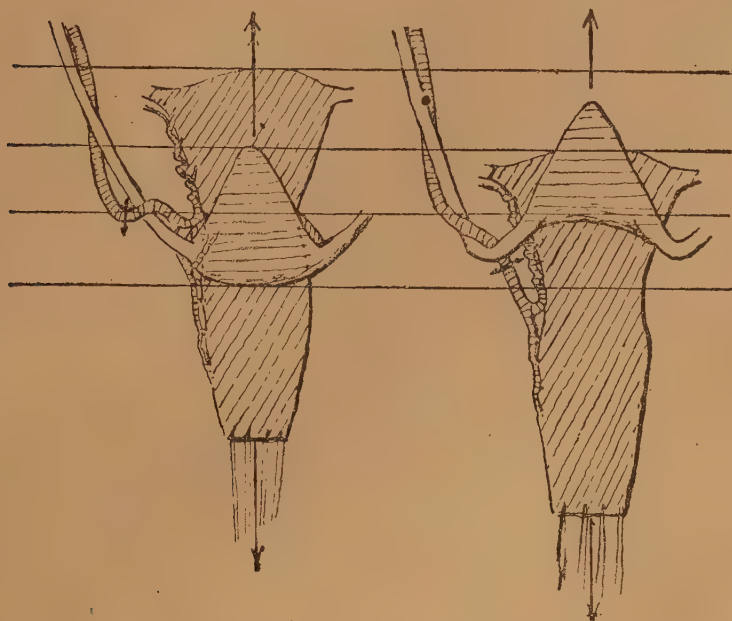


FIG. 6. — Modification des rapports de l'uretère et de l'artère utérine lors de l'abaissement du conduit vagino-utérin (d'après Descomps et Ehrenpreis).

En premier lieu, le refoulement de l'uretère en haut et en dehors (3^e temps) reporte de plusieurs centimètres en dehors le croisement (2^e croisement normal) artère utérine-uretère; en second lieu, la traction exercée sur le vagin vers le bas entraîne l'artère utérine dans le même sens et l'amène à croiser de nouveau (3^e croisement) la face postérieure de l'uretère. Du même coup sa crosse, très abaissée par rapport à l'uretère, est transformée en un angle aigu ouvert en haut et en dehors. Au

niveau de cet angle naissent les branches vésicales et cervico-vaginales de l'utérine.

Pour faire une bonne hémostase et permettre l'ablation large du paramètre, il faut lier très en dehors (Descomps) et lier seulement le tronc de l'utérine, c'est-à-dire la branche descendante de l'anse artérielle (Cunéo), non la crosse ni la partie juxta-utérine seule. Section de l'utérine entre deux ligatures (Fig. 7).

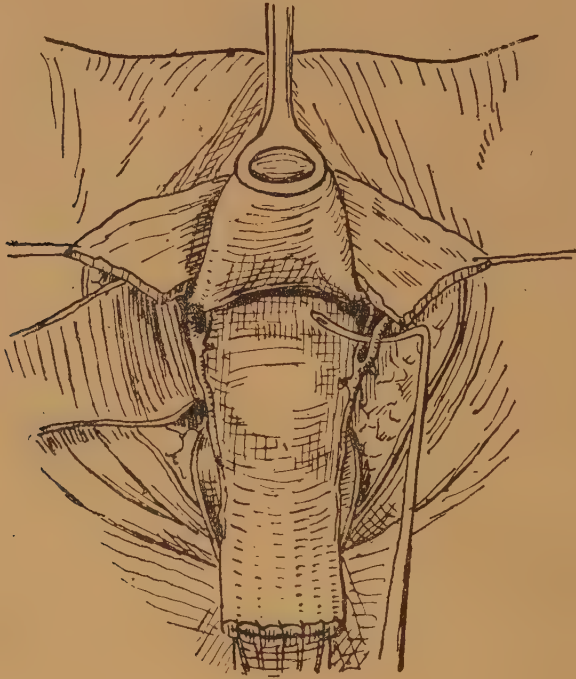


FIG. 7. — Ligature de l'utérine; le fil bien passé sous le tronc de l'artère avant la naissance des branches est repoussé en dehors avant d'être serré.

c) *Section des ligaments utéro-sacrés.* — En arrière, loin de leur attache utérine, en évitant de blesser le rectum. D'après Cunéo et Picot, ces ligaments avasculaires n'ont pas besoin d'être liés, si l'on isole bien leur face externe.

d) *Ligature et section des pédicules supérieurs.* — On liera facilement le ligament rond, puis le ligament infundibulo-

pelvien gauches, après avoir pris par des pinces et basculé en avant le fond de l'utérus (Fig. 8) ; leur section permettra la

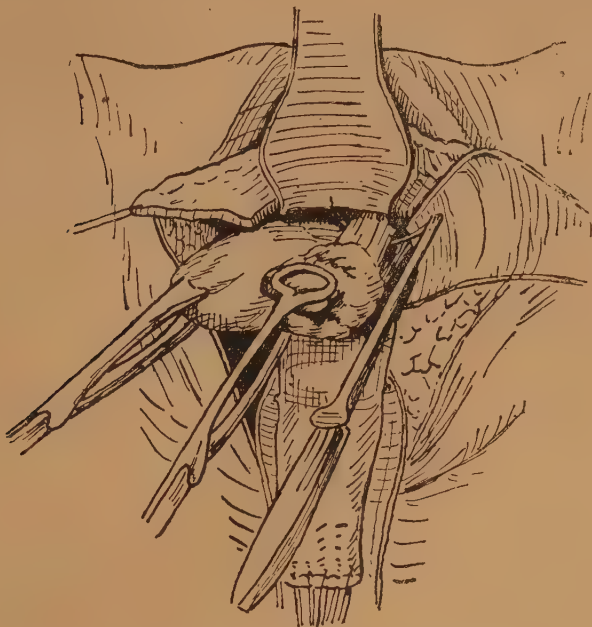


FIG. 8. — Ligature du pédicule utéro-ovarien gauche.

rotation de l'utérus à droite et la section des pédicules droits.

On peut aussi lier en masse entre utérus et annexes, se débarrasser de l'utérus et enlever ensuite les annexes.

5° TEMPS. — Fermeture soignée de la brèche péritonéale après vérification de l'hémostase et des anses intestinales.

6° TEMPS. — Reconstitution de la paroi postérieure de ce qui reste du vagin par quelques points de suture. Tamponnement et drainage du décollement recto-vaginal.

*
* *

Suivant les difficultés, on peut être amené soit à modifier la succession des temps, soit les temps eux-mêmes.

En particulier, il peut y avoir avantage, après ligature bilaté-

rale de la vaginale, à pratiquer d'un seul côté, et de préférence à gauche, la ligature successive des pédicules vasculaires, puis d'aborder les pédicules du côté opposé par leur face postérieure en retournant le conduit utéro-vaginal.

*
* *

Les *accidents opératoires* — ouverture du rectum, blessure de la vessie ou des uretères — facilement évités dans les cas habituels, si on emploie une technique correcte, ne présentent rien de spécial au cas particulier.

*
* *

Le *traitement post-opératoire* est très simple. La malade sera sondée deux ou trois fois par jour, si elle n'a pas de sonde à demeure. Constiper cinq à six jours.

Le tamponnement initial sera laissé en place pendant trois jours ; les tamponnements ultérieurs, dont on réduira progressivement l'importance, seront changés tous les deux jours.

Il est peut-être préférable de ne pas faire de tamponnement intervagino-rectal, et de suturer la ligne d'incision transversale. Drainage des fosses ischio-rectales et tamponnement du vagin (Venot).

CHAPITRE V

Observations. Résultats de l'opération.

L'hystérectomie vaginale élargie, soit par le procédé de Schauta, soit par celui de Cunéo et Picot, est peu utilisée en France pour cancer du col de l'utérus.

A Bordeaux, nous n'avons pu en réunir que quatre observations que nous allons maintenant donner :

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé VÉNOT.

Marie G..., âgée de 44 ans, cultivatrice. Entre à l'Hôpital Saint-André, le 13 novembre 1922, parce qu'elle a des pertes de sang.

Histoire de la maladie. — Vers le 20 octobre 1922, les règles, qui avaient commenté normalement, s'arrêtent brusquement. La malade, qui se sent fatiguée, avec peut-être un peu de fièvre, s'alite et fait venir son médecin. Celui-ci, après examen, lui dit qu'elle a une tumeur du col de l'utérus qu'il est nécessaire de faire enlever. Deux jours après apparaît une forte hémorragie qui s'arrête après traitement approprié. Mais il persiste jusqu'à la rentrée à l'hôpital, le 13 novembre 1922, un léger écoulement de sang. La malade n'a ressenti aucune douleur.

Le lendemain de son entrée à l'hôpital, nouvelle hémorragie.

Antécédents personnels. — Rien à signaler en dehors d'une grippe avec congestion pulmonaire, à droite, en 1919,

Bien réglée depuis l'âge de 15 ans. Mariée à 16 ans, elle a eu dix enfants actuellement en bonne santé. Les accouchements ont été normaux, sauf le premier, pour lequel il a fallu employer le forceps, et le dernier qui a été plus long et plus pénible que les précédents.

Examen de la malade. — A son entrée à l'hôpital, cette femme présente un bon état général, embonpoint marqué.

Par le toucher vaginal, on trouve une tumeur végétante du col utérin, présentant les caractères d'un cancer. Intégrité des culs-de-sac vaginaux. L'utérus est gros et les annexes volumineuses. Mais tout l'appareil génital est très mobile.

Il n'existe aucun trouble du côté de la vessie. Rien aux autres appareils, à part une légère bronchite.

Une biopsie est pratiquée quelques jours après pour examen histologique. Le résultat (professeur Sabrazès) de l'examen est : épithélioma.

En raison de l'embonpoint marqué de la malade et des grandes difficultés opératoires probables que présenterait chez elle l'hystérectomie abdominale élargie, on décide de faire une hystérectomie périnéale. Celle-ci est pratiquée le 28 novembre avec anesthésie rachidienne et exécutée méthodiquement selon la technique de Cunéo et Picot.

Le vagin est sectionné circulairement vers sa partie moyenne.

Le corps utérin est gros ; il existe un double hydro-salpinx ; ovaires normaux. A la coupe, on constate une infiltration néoplasique remontant jusque dans l'épaisseur de l'isthme utérin.

Les suites opératoires furent très bénignes, et la malade se lève au vingtième jour. Elle quitte l'hôpital, en parfait état, le 30 décembre 1922.

Revue le 16 mai 1923, Marie G... conserve son apparence de santé, mais elle se plaint d'une douleur dans la cuisse droite depuis deux mois environ. A l'examen, on constate une cicatrice périnéale parfaite, un cul-de-sac vaginal indemne, une cicatrice du fond du vagin souple et mobile. Mais on sent, profondément, une large induration occupant le tissu cellulaire pelvien. Il est bien évident qu'il existe là une récidive dans un tissu cellulaire pelvien qui a été incomplètement enlevé au cours de l'opération.

OBSERVATION II

Due à l'obligeance de MM. CHARRIER et CHARBONNEL.

Opération de M. le D^r CHARBONNEL.

Marie G..., 64 ans, biscuitière à Bordeaux, entre, le 21 mars 1923, à l'Hôpital Bel-Air, parce qu'elle a depuis près d'un an des pertes brunâtres ou sanglantes.

Histoire de la maladie. — Il y a un an environ, cette femme, qui n'était plus réglée depuis dix ans, a commencé à présenter quelques pertes jaunâtres peu abondantes, mais presque continues. En même temps, par intermittence, elle a eu quelques pertes de sang très peu abondantes. Jamais de douleurs. La malade ne s'inquiète guère d'abord, mais les pertes devenant de plus en plus abondantes, elle se décide à entrer à l'hôpital.

Antécédents personnels. — Mariée. Pas d'enfant. A été opérée, il y a sept ans, par M. le professeur Villar, d'une petite tumeur à la lèvre.

Examen de la malade à son entrée à l'hôpital : Il s'agit d'une femme très obèse, cardiaque, mitrale, violacée, essoufflée, se plaignant de vertiges.

Localement, on trouve, par le toucher vaginal, une lésion, saignant facilement, indurée, rongeante, ayant envahi les lèvres du col et pénétrant dans la cavité cervicale. Le toucher réveille de légères douleurs à la pression.

Une biopsie du col utérin, pratiquée le 24 mars, permet un examen histologique dont le résultat est le suivant : Épithélioma cylindrique.

Dosage de l'urée dans le sang, le 23 mars : 0 gr. 15 par litre.

Le 26 mars, on fait un curettage suivi d'une désinfection soignée au Dakin.

En raison de l'état cardiaque de la malade et de son embonpoint marqué, l'hystérectomie abdominale élargie est jugée trop grave. Mais on hésite beaucoup entre une application de radium ou une hystérectomie par voie périnéale.

Le 5 avril, on pratique une rachianesthésie basse, entre les 2^e et

3^e lombaires, à l'allocaïne, précédée d'une injection de 0 gr. 25 de caféine, trois heures avant, et d'une injection de 1 cc. de morphine, une demi-heure avant.

Sous l'influence de la rachianesthésie, on constate que l'utérus vient assez bien ; les parois du vagin sont saines. L'intervention est définitivement décidée. On emploie la technique de Cunéo et Picot. Les pédicules sont assez mal vus. On termine en laissant un bout d'ovaire droit et l'annexe gauche. Une pince est laissée. Suture incomplète du péritoine. Mèche périnéo-vaginale. Suture partielle du restant du vagin et du périnée. Durée de l'intervention : Deux heures.

Examen de la pièce. — Petit utérus. Épithélioma érodant de la cavité cervicale. La quantité de vagin enlevé est considérable.

Examen histologique d'un fragment de paramètre : Malgré des recherches minutieuses, il n'a pas été trouvé, dans ce fragment de tissu conjonctivo-vasculaire, d'éléments néoplasiques, soit fixés, soit en migration dans les fentes lymphatiques.

Suites opératoires. — Premier jour : Shock léger, traitement habituel. Température : 37 degrés. Pouls : 95.

Deuxième jour : Température : 37°8. Pouls dépasse 110. On trouve un foyer de broncho-pneumonie. La femme est affaissée. Rien au niveau du champ opératoire.

Malgré un traitement énergique, la malade succombe le 8 avril.

OBSERVATION III

Due à l'obligeance de M. le D^r LEFÈVRE.

Marie-Madeleine B..., 45 ans, marchande à Bacalan, entre, le 15 septembre 1922, à l'Hôpital Saint-André pour des pertes de sang.

Antécédents personnels. — Toujours bien portante. Réglée à 11 ans. Règles se produisant régulièrement tous les mois, mais de durée variable (de huit jours à trois semaines).

Mariée, a eu cinq enfants, à 18, 20, 22, 24 et 27 ans, et trois fausses couches de deux mois dans l'intervalle des enfants.

N'a jamais cessé d'être réglée.

Histoire de la maladie. — Depuis 1920, les règles sont devenues

plus abondantes et de violentes hémorragies apparaissent toutes les deux ou trois semaines. Comme elle ne souffrait pas et qu'elle était peu incommodée par ces hémorragies, cette femme n'est pas allée voir de médecin avant le 20 septembre 1922. A cette époque, sur les conseils d'une voisine qui lui dit que ces hémorragies sont anormales, elle voit le docteur Roche qui l'envoie à l'hôpital pour une intervention.

Examen de la malade à son entrée à l'hôpital :

Femme anémiée, affaiblie, ayant légèrement maigri, mais encore très corpulente, avec un abdomen volumineux.

Au toucher vaginal, on constate la présence d'un épithélioma ulcéreux du col. L'utérus est peu mobile et on sent dans le ligament large droit une induration profonde.

Rien du côté des uretères, ni des organes voisins.

Le Wertheim est jugé impossible étant donné l'embonpoint. On se propose de faire une application de radium. Mais comme on avait promis à la malade de l'opérer, c'est elle-même qui insiste pour l'opération. Dans ces conditions, on se décide à faire une hystérectomie périnéale par le procédé de Cunéo et Picot.

Intervention le 3 octobre 1922. Rachianesthésie, 0 gr. 12 de syncaïne à 8 p. 100. Évacuation de 15 cc. de liquide céphalo-rachidien. On fait une injection sous-cutanée de 1 cc. 1/2 de caféine. Anesthésie parfaite. Le vagin et l'utérus sont facilement extirpés. On voit fort bien les uretères qui sont disséqués. Et après ablation de l'utérus, on enlève le nodule néoplasique du ligament large droit qui était situé en arrière de l'uretère. La pièce enlevée comprend l'utérus et les trois quarts du vagin. Fermeture partielle de la plaie périnéale. Tamponnement avec une grande compresse. La malade est constipée pendant cinq jours.

L'opération a été facile, certainement plus facile que ne l'aurait été, chez cette femme, l'hystérectomie abdominale élargie. Elle donne un jour très convenable pour disséquer l'uretère et enlever largement le paramètre.

Suites opératoires très simples. Pas de shock. La température n'a pas dépassé 37 degrés et le pouls n'est monté à plus de 80.

La malade quitte l'hôpital le 8 décembre 1922.

Examen histologique (professeur Sabrazès). — Épithélioma pavimenteux lobulé à globes épidermiques discrets, avec beaucoup de réaction interstitielle lymphocyto-sique et conjonctive.

Revue à plusieurs reprises, Marie-Madeleine B... a engraisé de 8 ou 10 kilos; elle se porte très bien et a repris son métier de marchande. Au mois de mai, on constate, par le toucher vaginal, la présence d'une induration située en avant au niveau de la base de l'ancien ligament large. En juin, cette induration paraît avoir légèrement augmenté et, bien que la malade ne ressente aucune douleur, on propose de lui faire du radium ou de la radiothérapie profonde.

OBSERVATION IV

Due à l'obligeance de M. le Dr LEFÈVRE.

C..., 47 ans, entre à l'Hôpital Saint-André, le 25 septembre 1922, pour des pertes de sang.

Il s'agit d'une femme énorme avec un abdomen très volumineux, difficile à examiner.

Au toucher vaginal, on trouve un col renflé en barillet, d'une dureté ligneuse. Le corps utérin est gros, mais il est difficile d'en préciser les limites tant le ventre est volumineux. L'utérus est très peu mobile, bien qu'on ne trouve pas d'induration au niveau des ligaments larges.

Pas de signe de compression des uretères.

Une biopsie pratiquée donne le résultat suivant : Probabilité d'adéno-épithéliome.

Étant donnés le peu de mobilité de l'utérus, l'intégrité parfaite des ligaments larges et l'adiposité exagérée de la malade, on se décide à faire une hystérectomie périnéale.

Intervention. — Rachianesthésie, avec 0 gr. 12 de syncaïne, avec évacuation de 10 cc. de liquide céphalo-rachidien et injection de caféine sous-eutanée. Anesthésie parfaite. On emploie la technique de Cunéo et Picot. L'opération se trouve être un peu laborieuse du fait d'un fibrome gros comme les deux poings. Malgré le volume considérable de l'utérus, on peut l'extirper sans morcellement. Les

deux uretères sont parfaitement reconnus et isolés. Au cours du décollement postérieur, le rectum est ouvert; on le suture aussitôt. L'ablation du paramètre a pu être réalisée assez largement. La plaie périnéale est refermée; on ne laisse qu'une petite compresse.

Suites opératoires particulièrement bénignes. Pas de shock, pas d'élévation de température, pas d'accélération du pouls.

Constipée pendant huit jours; la première selle a lieu sans incidents.

Cicatrisation en cinq semaines. Sort de l'hôpital le 17 décembre 1922.

Examen histologique. — Beaucoup de phénomènes inflammatoires avec polynucléaires. Dans le fragment remis, inflammation brutale, métrite aiguë. On trouve des glandes avec des globules de pus. A côté de ce tissu inflammatoire, on voit des segments de glandes végétantes, mucipares, adénomateuses. Il y a des territoires riches en lymphocytes et en plasmocytes. Il y a des foyers suspects de cellules épithéliales isolées.

En résumé, adénome ou peut-être adéno-épithéliome.

Revue en avril 1923, cette femme est en excellent état. Il n'y a pas trace de récidive.

* *

Ces observations montrent, sauf dans le cas de l'observation II où l'opération fut pratiquée chez une femme présentant une tare cardiaque sérieuse, que les suites opératoires immédiates sont, en général, particulièrement bénignes. Le shock est minime ou quelquefois nul; la fermeture de la plaie opératoire demande de vingt à vingt-cinq jours.

Malheureusement, les résultats éloignés sont ici mauvais. Il semble bien qu'il est difficile d'enlever d'une façon suffisamment large le tissu cellulaire pelvien de façon à éviter toute récidive.

Mais il faut bien dire qu'il est absolument impossible de juger une méthode sur un nombre de cas aussi restreint.

Schauta indiquait en 1909, avec un chiffre d'opérabilité de 49 p. 100, une mortalité de 10 p. 100 et 39 p. 100 de guérisons durables.

Ses élèves, se limitant aux cancers très localisés, atteignent, en 1922, un chiffre de guérisons durables de 50 p. 100, avec une mortalité de 2 p. 100 seulement.

Voici maintenant ce que disent MM. Cunéo et Picot dans leur article du *Journal de chirurgie* de mars 1921 :

« La mortalité de l'hystérectomie périnéale peut être considérée comme très faible, si l'on a soin de n'opérer que les cas dans lesquels l'infiltration néoplasique est relativement limitée. En fait, un même opérateur voit varier sa statistique dans une large limite, suivant qu'il étend plus ou moins ses indications opératoires. Toutes choses égales d'ailleurs, l'hystérectomie périnéale est indiscutablement moins grave que l'hystérectomie abdominale élargie. Aussi n'hésitons-nous pas à l'employer dans les cas où l'on serait peu tenté, à juste titre, de pratiquer une hystérectomie abdominale, comme chez cette malade emphysémateuse et diabétique, pesant plus de 100 kilos, qu'une hystérectomie périnéale débarrassa d'un épithélioma avancé sans que les suites opératoires nous eussent inspiré un seul instant d'inquiétude. »

« Les résultats éloignés de l'hystérectomie périnéale ne sont pas moins satisfaisants. Nos premières opérations datent d'une dizaine d'années et plusieurs de nos opérées vivent encore sans récurrence. Ces résultats n'ont rien qui puisse surprendre lorsqu'on a l'occasion d'examiner comparativement les pièces d'hystérectomies périnéales et abdominales. On constate, en effet, que la voie périnéale permet d'enlever le paramètre aussi largement que la voie abdominale... »

Et ils ajoutent :

« Mais nous nous en voudrions d'insister sur la valeur comparée de l'hystérectomie abdominale et de l'hystérectomie périnéale. Encore une fois, il n'y a pas lieu d'opposer deux opérations qui ont leurs indications respectives. Bien plus, si satisfaits que nous soyons des résultats immédiats et éloignés de l'hystérectomie périnéale, l'hystérectomie abdominale n'en reste pas moins la méthode de choix; nous ne revendiquons pour l'hystérectomie périnéale que les cas où la voie haute perd précisément ses avantages habituels... »

CONCLUSIONS

Dans le traitement chirurgical du cancer du col de l'utérus, deux opérations sont en présence :

1° L'*hystérectomie abdominale élargie*, type « Wertheim », qui, donnant dans l'ensemble les meilleurs résultats éloignés, doit rester l'*opération de choix* ;

2° L'*hystérectomie vaginale élargie*, qui donne également de bons résultats, mais à la condition d'être employée uniquement dans le cas de cancer *nettement localisé* avec mobilité utérine parfaite et culs-de-sac non envahis ; et alors, elle est moins grave que le Wertheim.

Chez les malades obèses, cardiaques, emphysémateuses, diabétiques ou albuminuriques, chez lesquelles l'opération par voie abdominale serait trop grave, l'hystérectomie vaginale élargie est particulièrement indiquée.

Deux techniques peuvent être suivies : celle de Schuchardt-Schauta ou celle de MM. Cunéo et Picot.

VU : Le Doyen,
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

P. BÉGOUIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 20 juin 1923.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BARNAUD (E.). — Résultats éloignés du traitement chirurgical dans le cancer de l'utérus. Lyon, thèses, 1919-1920.
- BÉGOUIN (P.). — Précis de pathologie chirurgicale, t. IV : « Organes génitaux-urinaires. »
- Cancer du col et radium. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1922, XLIII, 81.
- BELL (W.-B.). — The treatment of cancer of the cervix uteri. *Brit. M. S.*, London, 1920, I, 850.
- BERKELY et BONNETY. — *The Journal of obst. a. gyn. of the British Empire*, septembre 1913.
- CLEAR (J.-G.). — Le traitement du cancer de l'utérus. *Transact. of the Americ. Gynec. Soc.*, 1916, 504.
- COLB (F.). — The surgical treatment of cancer of the cervix uteri. *Boston, Mand S. J.*, 1915, 85.
- CUNÉO et PICOT. — Technique de l'hystérectomie périnéale pour cancer du col de l'utérus. *Journal de chirurgie*, Paris, 1921, XVIII, 3, p. 193.
- CZERNY. — Über unerwartete Krebsheilungen. *Zeitschr. f. Krebsforschung*, 1907.
- DE OTT. — Valeur comparée des différents procédés de traitement chirurgical du cancer de l'utérus. Communication au XVI^e Congrès international de médecine de Budapest, in *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1909, 634.
- DESCOMPS. — L'hémostase des pédicules annexiels et utérins. *Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie*, février 1912.
- DODERLEIN. — *Operative Gynäk.*, Leipzig, 1907, G. Thieme, éditeur, p. 489.

- EHRENPREIS (E.). — Contribution à l'étude de l'hystérectomie vaginale élargie (ou opération de Schuchardt-Schauta). Thèse Paris, 1909-1910.
- FAURE (J.-L.). — Traitement du cancer du col de l'utérus. *Hôpital*, Paris, 1922, X, 164.
- Traitement chirurgical du cancer du col de l'utérus. *Bulletin de l'Académie de médecine*, Paris, 1920, LXXXIV, 376.
- L'évolution de l'hystérectomie depuis vingt-cinq ans. *Fustb. opgedr. aan H. Treub*, Leiden, 1912.
- FISCHER (J.). — Geschichte der Totalexstirpation des Uterus. *Gynäk. Rundschau, Berl. und Wien.*, 1915, IX, 113-152.
- FORGUE. — Traitement opératoire du cancer du col de l'utérus. *Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie*, Paris, 1919, VIII; *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, Paris, 1919, XIV, 398-401; *Gazette des hôpitaux*, Paris, 1919, XCII, 893-896.
- FORGUE et MASSABUAU. — Gynécologie. Paris, 1916, in *Nouveau traité de chirurgie*, Le Dentu et P. Delbet.
- GELHORN (G.). — The extended vaginal operation for cancer of the cervix uteri. *Surg. gynec. and obst.*, Chicago, 1913, XVI, 284-293.
- HARTMANN (H.). — Technique de l'hystérectomie périnéale pour cancer du col de l'utérus. *Gynécologie et obstétrique*, Paris, 1921, III, 350-357.
- KRAMER. — Des organes lymphatiques des organes génitaux féminins et de leurs modifications dans le cancer. *Annales de gynécologie*, 1904, in thèse de Fage, Paris, 1909.
- KUNDRAT. — Extension du cancer au parametrium dans le cas de cancer de l'utérus. *Arch. f. Gynec.*, Bd LXIX.
- LECÈNE (P.). — Les résultats éloignés de l'extirpation du cancer du col de l'utérus par la voie vaginale élargie (d'après Schauta). *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1909, p. 642.
- LENORMANT (Ch.). — Quelles sont, à l'heure actuelle, les indications de l'hystérectomie vaginale? *Le Progrès médical*, Paris, 14 décembre 1922.

- PAUCHET (V.). — Cancer utérin, rôle de la cystoscopie, extirpation par le vagin élargi. *Gynécologie*, Paris, 1913, XVII, 728-740.
- Extirpation de l'utérus cancéreux par voie vulvo-périnéale. *Archives provinciales de chirurgie*, Paris, 1913, XXII, 65-74.
- PAUCHET et BUQUET. — Cancer du col. Radium et opération, voie vaginale ou voie abdominale. *Gazette des hôpitaux*, Paris, 1922, XI, 168.
- PICQUÉ (R.). — Traité pratique d'anatomie chirurgicale et de médecine opératoire.
- PROUST (R.). — Colpohystérectomie totale par voie vulvo-périnéale (Opération de Schuchardt-Schauta). *Presse médicale*, 1907, XX, 16 mars.
- PROUST et CHARRIER. — Chirurgie de l'appareil génital de la femme. Précis de technique opératoire par les prosecteurs de la Faculté de médecine de Paris. Masson et Cie, éditeurs, 1922.
- SCHAUTA (F.). — Die operation des Gebärmutterkrebs mittelst der Schuchardt'schen Paravaginalschnittes. *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1902, Bd XV, Heft 2, p. 133-152.
- Die Berechtigung der vaginalen Totalexstirpation bei Gebärmutterkrebs. *Monatsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1904, t. XIX.
- Die erweiterte vaginale Totalexstirpation des Uterus bei Kollumkarzinom. Vienne, 1908.
- Résultats à longue échéance de l'extirpation du cancer du col utérin par la voie vaginale élargie. *Deutsche mediz. Wochenschrift.*, 1909, XXXIX-XL, 1681 et 1746; in *Journal de chirurgie*, Paris, 1909, et in *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1909.
- Die erweiterte vaginale Operation bei Carcinoma colli uteri auf Grund zehnjähriger Erfahrung. *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, Berlin, 1911, XXXIII, 680-701.
- SCHREIB (A.). — Klinische und Anatomische Beiträge zur Operativen Behandlung des Uteruscarcinoms. *Arch. f. Gyn.*, 1909, Bd LXXXVII, Heft 2, p. 1.
- SCHUCHARDT. — Eine neue Methode der Gebärmutterextirpation. *Centralb. f. Chir.*, 1893, LI.
- Ueber die paravaginale Methode der Extirpatio Uteri und ihre

- Enderfolge beim uteruskrebs. *Monatschr. f. Geb. und Gyn.*, 1901, t. XIII.
- SINCLAIR. — On paravaginal section, with some illustrative cases. London, 1906.
- STAUDE. — Ueber Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus mittelst doppelseitiger Scheidenspaltung. *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1902, t. XV.; *Zentralbl. f. Gyn.*, 1908, XXXVII.
- TEYSSANDIER. — De la valeur thérapeutique des méthodes employées en 1914 contre le cancer du col de l'utérus. Thèse Bordeaux, 1913-1914.
- THALER (H.). — Zur erweiterten vaginalen Karcinomoperation. *Zentralbl. f. Gyn.*, Leipzig, 1915, XXXIX, 734-737.
- Zur Anwendung der Lokalanesthesie bei grosseren vaginalen Operationen. *Monatschr. f. Geburtsch. u. Gynäk.*, Berlin, 1915, XLII, 438-463.
- WERTHEIM. — Traitement chirurgical du cancer de l'utérus. Rapport au Congrès de Rouen, 1902.
- Les ganglions lymphatiques dans le cancer de l'utérus. Société d'obstétrique et de gynécologie de Vienne, 1904; résumé in *Revue de gynécologie*, 1904.
- Le cancer de l'utérus. Technique et résultats de l'opération de Wertheim. XVII^e Congrès international de médecine, Londres, 1913.
- WINTER. — Statistik des Uteruskrebs. *Zentralbl. f. Gyn.*, 1908, VI.

